ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИХ И ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (монография)

Горпинич А.Б., Альянов А.Л., Мамошин А.В.

ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет», Орел, e-mail: tantoras@mail.ru

Одним из важных вопросов хирургии желудка остается профилактика и коррекция моторно-эвакуаторных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в ранние сроки после операции. По данным ряда авторов эти осложнения, в раннем послеоперационном периоде, встречаются у 30,2-64,4% больных (Ю.И. Калиш и соавт., 1984; Т.Н. Попова и соавт., 1995; Кадыров Д.М. и соавт., 2008).

Большая часть исследователей среди главных причин расстройств моторно-звакуаторной деятельности желудка после его резекции и ваготомии выделяют нарушение сложных нервных и гуморальных механизмов регуляции эвакуаторной способности желудочно-кишечного тракта (Б.М. Когут, 1979; А.Л. Курцикидзе, 1989; P. Aeberhard, B.S. Bedi, 1976). Одним из представителей гуморальных регуляторов сократительной активности гладкой мускулатуры ЖКТ является биологический амин – серотонин. А.П. Симоненков и соавт. (1994) для обозначения нарушений автоматизма сократительной способности гладкой мускулатуры предложили термин «гладкомышечная недостаточность» и показали, что серотонин ее устраняет. В то же время остался неизученным целый ряд вопросов, связанных с условиями развития, степенью выраженности, профилактикой и лечением гладкомышечной недостаточности ЖКТ. Кроме того, постановлением №258 от 28.12.2005 г. Президиум Российской Академии Медицинских наук отметил, что изучение роли серотонина в организме является приоритетным и имеет большую научно-практическую значимость.

В экспериментальной части исследования нами изучены особенности амплитудно-частотных параметров миоэлектрической активности (МЭА) и функциональных взаимоотношений компонентов гастродуоденального комплекса (ГДК) в условиях ваготомий и на фоне действия серотонина адипината. С целью изучения влияния сочетания церукала и серотонина адипината на двигательную активность ваготомированного желудка и обоснования нового способа восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка после ваготомии также проведены экспериментальные исследования.

В результате проведенных экспериментов после ваготомии отмечено снижение амплитудных значений МЭА всех компонентов ГДК, кроме тела желудка. На фоне действия серотонина адипината средние значения амплитуды МЭА увеличились по сравнению с ваготомией во всех исследуемых отделах ГДК. Высокая эффективность влияния серотонина адипината в восстановлении моторной функции желудка в первые часы после ваготомии говорит о том, что серотонин оказывает стимулирующее влияние на гладкую мускулатуру желудка и двенадцатиперстной кишки через соответствующий рецепторный аппарат. Нами разработан способ восстановления моторной функции желудка после ваготомии (положительное решение ВНИИГПЭ по заявке на изобретение №4915447/14).

Для решения клинических задач работы нами обследован и оперирован 361 больной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Из 214 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которым была произведена резекция желудка в различных модификациях функциональные нарушения моторно-эвакуаторной деятельности желудка в раннем послеоперационном периоде имели место у 65 (30,4%) больных. У 15 (10,2%) пациентов из 147 больных, которым была выполнена ваготомия, в раннем послеоперационном периоде развились постваготомические нарушения двигательной активности ЖКТ различной степени тяжести. Надо отметить, что эти осложнения имели место до начала применения серотонина адипината для предупреждения моторных расстройств ЖКТ после ваготомии и резекции желудка в первые сутки раннего послеоперационного периода.

С целью профилактики и лечения пострезекционных и постваготомических нарушений моторно-эвакуаторной функции (гладкомышечной недостаточности) пищеварительного тракта серотонина адипинат использован нами у 77 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. 31 больному выполнены различные виды ваготомий, 46 пациентам произведена резекция желудка в различных модификациях. Всего выполнено 164 введения серотонина адипината. Разовой дозой лекарственного препарата, используемой для стимуляции пищеварительного тракта в послеоперационном периоде, была выбрана доза 10 мг на 20 мл физиологического раствора. Препарат вводился внутривенно 1-2 раза в сутки. Эффективность стимуляции составила 96%.

Накопленный нами опыт по профилактике и лечению моторно-эвакуаторных расстройств функции желудочно-кишечного тракта после ваготомии позволяет сделать вывод о целесообразности введения серотонина адипината начиная с 1-2-х суток после операции, что позволяет сократить время восстановления двигательной активности желудка и уменьшить осложнения после ваготомии.

В монографии нашли отражение и особенности диагностики и хирургического лечения

больших и гигантских язв двенадцатиперстной кишки. По нашим данным, при больших и гигантских язвах должны применяться радикальные операции: резекция желудка во второй модификации Бильрота, включающая оставление дна язвы вне просвета культи дуоденум, антеградную ее мобилизацию в необходимом объеме для атипичного ушивания, наружную декомпрессию общего желчного протока и дуоденальной культи в необходимых случаях. С целью уменьшения вероятности осложнений, травматичности, упрощения и повышения надежности ушивания культи двенадцатиперстной кишки нами разработан «Способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки при осложненных формах язвенной болезни» (патент на изобретение №2085126).

Учитывая высокую эффективность использования серотонина адипината с целью устранения функциональных моторно-эвакуаторных расстройств (гладкомышечной недостаточности) ЖКТ у больных после резекции желудка и при различных видах ваготомий, то есть локальной денервации пищеварительного тракта, мы применили этот препарат при региональной денервации ЖКТ (травматический перерыв спинного мозга). Серотонина адипинат применен нами в лечении нейрогенных расстройств моторной функции желудочно-кишечного тракта и акта дефекации у 17 больных. Нами получено удостоверение на рационализаторское предложение №990-91 «Способ фармакорегуляции моторики кишечника при осложненной травме спинного мозга».

Известно, что после абдоминальных операций под общей анестезией достаточно часто (в 20-40% случаев) возникает тошнота и рвота (П. Зомерс и соавт., 1993; и др.). Поствaготомические и пострезекционные нарушения моторно-эвакуаторной функции ЖКТ могут явиться причиной этого симптома. Антиперистальтика кишечника является одним из элементов сложного многокомпонентного акта рвоты. С целью изучения роли серотонина и серотониновых рецепторов гладкой мускулатуры ЖКТ в реализации антиперистальтики (рвоты), нами в эксперименте создана модель антиперистальтики кишечника (патент на изобретение №2077076). Предложенная нами модель антиперистальтики кишечника в эксперименте позволяет изучить периферические гуморальные механизмы, направленные на обеспечение рвотной реакции и убедительно доказать участие серотонинергических структур ЖКТ в реализации рвоты.

Таким образом, результаты данной работы показывают, что функциональные нарушения моторно-эвакуаторной деятельности (гладкомышечной недостаточности) желудочно-кишечного тракта при локальной (ваготомия, резекция желудка) и региональной (травматический перерыв спинного мозга) его денервации устраняются введением серотонина адипината, даже в тех случаях, когда другие общепринятые препараты и методы были неэффективны. Применение серотонина для устранения гладкомышечной недостаточности решает проблему профилактики и лечения поствaготомических и пострезекционных функциональных нарушений моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта.

ПАТОМОРФОЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ЗАКРЫТОМ АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ (монография)

Корецкая Н.М., Гринь Е.Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, e-mail: kras-kaftuber@mail.ru

Несмотря на напряженную эпидемиологическую обстановку по туберкулезу, сложившуюся в современных условиях в нашей стране, в ней имеются территории, где основные эпидемиологические показатели в 2-3 раза ниже средних по России и на сопредельных территориях. Таковыми являются закрытые административно-территориальные образования (ЗАТО), которые представляют собой особые территории с резко ограниченной внешней миграцией, что обусловлено градообразующими предприятиями оборонной промышленности.

Структурно ЗАТО состоят из города и нескольких сел и поселков, входящих в его состав. Состояние здоровья населения ЗАТО требует особого внимания в связи с их статусом и расположением в зоне потенциально опасных техногенных факторов. В последние годы на территориях ЗАТО наметилась тенденция к снижению показателей активного выявления туберкулеза легких среди населения в общей лечебной сети, неполным охватом проверочным флюорографическим обследованием лиц из групп риска, преимущественным обследованием декретированного контингента и работающих, низким охватом данным обследованием лиц, проживающих в селах и поселках, входящих в состав ЗАТО.

В этой связи актуальным является изучение туберкулеза и его особенностей с учетом произошедшего патоморфоза заболевания в условиях относительного эпидемиологического благополучия, наблюдаемого в ЗАТО, с определением основных тенденций эпидемического процесса, их связи с активным выявлением специфического процесса. Не менее важной проблемой является выделение групп риска по заболеванию туберкулезом, характерных для ЗАТО, а также решение вопроса о целесообразности сохранения регулярного проверочного флюорографического обследования всего населения с определением кратности его проведения.